

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СОЦИОЛОГИИ

Изучение доступности медицинских услуг в мировой социологической науке ведется уже на протяжении более полувека. Медицинские услуги представляют собой деятельность медицинских работников, имеющую своим результатом полезный эффект восстановления, поддержания и укрепления здоровья.

Отношение населения к доступности медицинской помощи зависит от нескольких показателей: финансового положения пациента или его семьи, состояния здоровья, возраста. Помимо этого выделяют наличие или отсутствие необходимых специалистов и удаленность места жительства от медицинского учреждения [1, с.192]. Следовательно, доступность представляет собой сложное структурное образование, определяемое совокупностью факторов.

Теоретико-методологические подходы в определении доступности медицинских услуг для пациента условно разделяются на две группы: субъективистские и объективистские. Первые основное внимание уделяют поведению конкретного потребителя услуг, зависящее от его индивидуальных характеристик. В рамках вторых моделей рассматриваются условия и барьеры экономической, политической, организационной сфер жизнедеятельности, влияющих на уровень доступности определенной системы здравоохранения.

Представление о доступности различных общественных групп и отдельных людей к медицинским услугам эволюционировало от простого понимания в качестве доступа к первичной медицинской помощи до современной социологической категории.

В шестидесятые годы XX века ключевым подходом к исследованию проблем доступности медицинских услуг становится поведенческая модель Рональда М. Андерсена. В её основе лежит выявление основных факторов, объясняющих использование медицинских услуг людьми, и оценка уровня доступности этих услуг.

Авторы концепции исходили из того, что для измерения доступности нужно выявить, какие факторы оказывают влияние на то, чтобы человек стал ими пользоваться. В результате было выделено 3 группы факторов, условно их можно разделить на: демографические и социальные характеристики самого индивида; условия, при которых он прибегает к применению услуг и параллельно с этим – обеспеченность региона проживания человека медицинской инфраструктурой, а также - выраженность потребностей в медицинской помощи с помощью профессиональной оценки здоровья, т.е. насколько человеку важно получить квалифицированную медицинскую помощь и насколько он обеспокоен состоянием своего здоровья.

Данный подход являлся ключевым на протяжении нескольких десятилетий в понимании и анализе доступности медицинских услуг.

Но с течением времени исследователи пришли к выводу, что данная модель позволяет оценить возможности лишь первичного доступа к медицинским услугам. Это послужило основой для дальнейшего развития поведенческой модели: в систему факторов, определяющих доступность, были включены переменные, характеризующие саму систему здравоохранения как на государственном уровне, так и на уровне конкретного учреждения.

Отсюда, основным результатом развития поведенческой концепции можно считать переход к пониманию доступности не только как возможности, зависящей от самого потребителя, но как системы детерминант экономической, социальной, политической сферы по отношению к системе здравоохранения, определяющих ее функционирование и влияющих и на самого пациента [3, с. 154].

Эволюция подхода происходила под прямым влиянием новых общественных тенденций, предъявлявших более серьезные требования к системе здравоохранения: развитие наукоемких технологий, повлиявших на развитие системы высокотехнологичных медицинских услуг, рост требований населения к медицинской помощи (под влиянием образовательных инноваций, с увеличением числа патологических изменений в здоровье).

В существовавших условиях стал происходить переход от поведенческой модели доступности к модели контекстуальной (организационной), рассматривающей доступность услуг с точки зрения анализа двух факторов: факторов системы здравоохранения и внешней среды, ее окружающей, – на уровне общества - и факторов, зависящих от поставщика услуг – конкретного специалиста.

При оценке показателей системы здравоохранения в контекстуальной модели впервые было обращено внимание на такие показатели доступности как медицинская инфраструктура, обеспеченность медицинскими кадрами, показатели, характеризующие самих профессионалов-врачей и параметры взаимодействия с пациентами.

В последние годы изучение личности врача, получившее развитие еще в работах Т.Парсонса, становится особенно актуальным. Здесь рассматриваются факторы, отражающие желание и готовность пациента обращаться за медицинской помощью к определенному специалисту; удобство получения услуги; необходимость доплат за услуги (несмотря на то, что стоимость и расценки зависят от медицинского учреждения, сообщает о необходимости проведения дополнительных услуг пациенту и, следовательно, затрат врач); предыдущий опыт использования также является не менее значимым.

Кроме того, согласно исследованиям Н.Л. Русиновой и Л.В. Пановой, характеристики специалиста оказывают прямое влияние на использование услуг здравоохранения и, следовательно, на их доступность. В частности,

результатами ряда исследований подтвержден факт, что различия в уровне применения медицинских услуг в значительной мере зависят от того, как именно врач принимает важные для лечения заболевания решения, привлекает ли пациента к совместной выработке стратегии, помимо этого влияют пол специалиста и уровень его профессиональной подготовки.

Таким образом, доступность услуг учреждений института здравоохранения определяется не просто наличием ресурсов для удовлетворения потребности в сохранении и укреплении здоровья, но и сложным взаимодействием показателей личностного и системного (средового) уровней, которые влияют на изменение статуса здоровья индивида и общества в целом.

В результате развития подходов к пониманию доступности, современные социологи останавливаются на системной концепции, интегрирующей в себе субъективистские и объективистские социологические традиции, позволяющие показать, каким образом институциональные ограничения определяют возможности пациента осуществлять продуктивное взаимодействие с медицинскими учреждениями.

Системный подход основывается на том, что в доступе к медицинским услугам существует социальное неравенство, которое является результатом воздействия особых механизмов института здравоохранения, представляющих собой совокупность взаимозависимых факторов, определяющих и одновременно ограничивающих доступ к медицинским услугам для социальных групп или вовсе препятствующих их получению.

Авторы выделяют три базовых компонента: экономический, организационно-управленческий и социокультурный, каждый из которых оказывает определенное влияние как на институциональном, так и на индивидуальном уровнях.

Помимо этого в рамках системного подхода эксперты анализируют уровни доступности: *социоцентрический* определяет справедливое регулирование доступа к инфраструктурам медицинских организаций

различных групп населения; *антропоцентрический* трактует доступность как соответствие возможностей человека требованиям институтов здравоохранения (возможность оплатить необходимые услуги, самостоятельно записаться на прием); подход с точки зрения *саморазвития и самореализации личности* означает понимание доступности медицинской помощи как возможности человека включиться в систему при сложившихся внешних (объективных) и внутренних (субъективных) условиях. Отсюда, доступность зависит не только от внешних факторов, но и от того, посчитает ли сам человек необходимым вступить во взаимодействие именно с этим медицинским учреждением или организацией.

Доступность – это не просто реализация возможности попасть на прием к специалисту, но и процесс прохождения пациентом всех стадий медицинской помощи – от момента вступления во взаимодействие с врачом до получения конечного результата в виде реальных изменений в состоянии его здоровья [2. с.112].

В итоге, можно сделать вывод, что доступность медицинских услуг представляет собой активное взаимодействие различных показателей, процесс взаимодействия потребителей медицинской помощи и системы здравоохранения в постоянно изменяющемся социальном контексте.

Все перечисленные факторы приобретают особое значение при анализе такой социально уязвимой группы населения как дети с ограниченными возможностями. Доступность в отношении этой категории предполагает анализ положения семей, в которых воспитываются дети.

Здесь необходимо принимать во внимание, что доступность зависит от ряда характеристик данной группы семей, куда можно отнести материальное, финансовое положение, тип семьи, занятость родителей и другие. Удовлетворенность семей, воспитывающих детей-инвалидов, медицинским обслуживанием определяется самим фактом заболевания ребенка и его тяжестью, социально-психологическим климатом в семье и так далее.

Важным фактором, влияющим на доступность, является и характеристика самих медицинских услуг.

Доступность медицинских услуг обусловлена не только возможностью посещения врача и приобретения необходимого лекарственного средства, но и возможностью проведения диагностических процедур, получения скорой медицинской и стационарной помощи. Кроме того, детям-инвалидам часто требуется специализированная высокотехнологичная помощь, которая не входит в перечень услуг, предоставляемых бесплатно. Родители же этих детей не всегда могут позволить себе оплатить дополнительные услуги, что существенно препятствует доступу к качественным услугам медицинской помощи.

Литература

1. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбурга) // SPERO. 2007. №7. С. 191-198.
2. Миронов А.А. Стандарты медицинского обслуживания и оценка его качества. М.: «Наука», 1994.
3. Русинова Н.Л. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения// Журнал социологии и социальной антропологии. 2002. Т. V. №4. С. 147-163.

Кагарманов Р.Ф.,

г. Уфа

ПОНЯТИЕ «БРАЧНЫЙ ОТБОР» В СОЦИОЛОГИИ

Исследования брачного рынка невозможно без системы понятий, которые сложились в процессе применения методов взятых из разных областей науки. Так для изучения брачности использовались описательно-исторические, этнографические, демографические, непосредственно